

протезів з опорою на імплантати. У розробці конструкції стоматологічного одноетапного внутрішньокісткового імплантата враховували математично-статистичний аналіз отриманих даних і параметри гістоморфологічного стану тканин, що оточують імплантат.

Забезпечення можливості коректного формування ясенної манжетки навколо імплантата, встановленого за одноетапною методикою в різних ділянках нижньої та верхньої щелеп, скорочення терміну відновлення слизової оболонки навколо імплантата і підвищення ступеня ефективності лікування досягаються завдяки запропонованій конструкції імплантата, на який отримано патент України на корисну модель "Стоматологічний внутрішньокістковий одноетапний імплантат" № 56183 від 10.01.2011 р.

Запропонований імплантат має циліндричну внутрішньокісткову частину з різьбою, яка в апікальній частині переходить у конічну; внутрішній основний контур різьби імплантата конічної форми зі змінною висотою витків і поступовим зменшенням у коронковому напрямку; профіль різьби внутрішньокісткової частини імплантата трапецієподібно-притисковий із кутом нахилу 15 градусів і кроком 1,25 мм із можливістю потовщення кромки різі в апікально-коронковому напрямку; деротаційний елемент у вигляді кутової проточки різальних витків основної різі на витках конічної частини імплантата під кутом 90 градусів відносно осі імплантата; елемент первинної стабілізації імплантата виконаний у його пришийковій частині у вигляді триходової мікрорізьби; трансгінгівальну частину з полірованою поверхнею у вигляді конуса, з розширенням у напрямку коронкової частини; внутрішньоясенну частину, над'ясенну частину у вигляді конуса; елемент для введення імплантата у вигляді чотиригранника, в якому на над'ясенній частині виконана одна поперечна проточка, а на

трансгінгівальній частині імплантата виконаний радіальний уступ.

Додатково в конструкцію імплантата включені допоміжні компоненти для формування ясенної манжетки, виконані з фторопласту, у вигляді формувального ковпачка та формувального кільця з можливістю використання залежно від міжальвеолярної оклюзійної висоти.

Уведення в конструкцію стоматологічного одноетапного імплантата пристроїв для фіксації допоміжних компонентів для формування ясенної манжетки - проточки на над'ясенній частині, яка розташована впоперек, та радіального уступу на трансгінгівальній частині імплантата забезпечує можливість включення в конструкцію допоміжних компонентів із фторопласту для формування ясенної манжетки.

Сукупність суттєвих ознак запропонованої оригінальної моделі дозволяє в процесі протезування залежно від міжальвеолярної оклюзійної висоти використовувати формувальний ковпачок при висоті понад 6,0 мм та формувальне кільце при висоті менше 6,0 мм.

Використання запропонованого стоматологічного імплантата в повсякденній стоматологічній практиці забезпечує можливість коректного формування ясенної манжетки навколо імплантата, встановленого за одноетапною методикою в різних ділянках нижньої та верхньої щелеп, значною мірою зменшуючи запальні та больові реакції в післяопераційних тканинах, а також ізолює імплантат від дії температурних подразників на ранніх етапах інтеграції, що дозволяє скоротити строки відновлення слизової оболонки навколо імплантата і підвищити ступінь ефективності лікування, значно покращити ефективність протезування, підвищити якість ортопедичного лікування хворих і покращити якість їхнього життя.

*Виженко Є.Є., Король Д.М.*

## ОСОБЛИВОСТІ ЗНЯТТЯ ЗУБНИХ КОРОНОК, ФІКСОВАНИХ НА ІМПЛАНТАТАХ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія"

Відомі пристрої, які призначені для зняття мостоподібних протезів або поодиноких коронок, укріплених на цемент чи попередньо розрізаних.

При протезуванні незнімними ортопедичними конструкціями з опорою на імплантати досить часто, виходячи з естетичних міркувань при вираженому фенотипові ясен, край коронки доводиться розміщувати значно нижче рівня ясен - на 1,5-3 мм. У таких випадках узагалі унеможливується використання коронкозбивача даної конструкції. При протезуванні суцільнолитими, металоакриловими або металокерамічними протезами на природних зубах, препарування яких виконане з уступом, також немає можливості використати ко-

ронкозбивач для зняття ортопедичної конструкції.

Нами поставлене завдання розробити пристрій, здатний знімати коронки, попередньо зафіксовані на імплантатах, який би унеможливував травму періімплантатних тканин при знятті супраконструкції та забезпечував їх збереження для повторного використання. На запропонований пристрій отримано патент України на корисну модель № 73739 від 10.10.2012.

Поставлене завдання виконується завдяки модифікації кінчика гачка, який має циліндричну форму діаметром 2 мм. На оральній поверхні коронки вище рівня ясен (у ділянці гірлянди) робиться заглиблення відповідного діаметра. При фіксації

коронки це заглиблення закривається композитним або склоіономерним цементом.

У разі потреби зняття ортопедичної конструкції пломбувальний матеріал видаляють бором, кінчик гачка вводять у заглиблення, після чого апарат приводять у дію. Циліндрична форма кінчика гачка дає можливість розташовувати коронкозбивач у порожнині рота під будь-яким кутом відносно по-

здовжньої осі супраконструкції. Така позиція особливо зручна при знятті протезів в дистальних ділянках порожнини рота, коли не завжди вдається дотримуватися паралельності між робочою частиною коронкозбивача і поздовжньою віссю зуба чи імплантата.

*Гранько С.А., Запашник Т.А., Зиновенко О.Г.*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

БелМАПО, г. Минск, Беларусь

**Цель исследования:** оценка эффективности малоинвазивных методов лечения кариеса постоянных зубов.

### Материалы и методы

Проведено стоматологическое обследование 53 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, включающее определение индексов УИК (уровень интенсивности кариеса, Леус П.А., 1977), ОНІ-S (упрощенный индекс гигиены полости рта, Green J.C., Vermillion J.R., 1964), ТЭР (тест эмалевой резистентности, Луцкая И.К, 1988). При обнаружении начальных кариозных поражений проведена лазерная флуоресцентная микроскопия с помощью аппарата «Diagnodent» («KaVo»). Лечение диагностированных начальных кариозных поражений (n=43) выполнено методом инфильтрации материалом «Icon» (DMG, Германия).

При наличии дефектов твердых тканей применена методика препарирования ручными инструментами. Восстановление зубов (n=38) проводили гибридным стеклоіономерным цементом тройного отверждения «Vitremer» («3M»). Оценка клинической эффективности лечения осуществлена по следующим критериям: изменение размера пятна, гладкость/шероховатость поверхности, блеск/матовость поверхности пятна, изменение показателей лазерной флуоресценции, краевое прилегание и шероховатость поверхности пломбы, краевое окрашивание, дискомфорт (чувствительность), рецидив кариеса.

Полученные результаты обработаны методами описательной статистики, достоверность различий определена по критериям Стьюдента.

### Результаты и обсуждение

В группе начальных кариозных поражений исчезновение кариозных очагов наблюдалось достоверно чаще (36 зубов, 83,72±5,63%), чем их сохранение при значительном уменьшении размеров (7 случаев, 16,28±5,63%). Сохранение первоначальных размеров пятна не отмечено ни в одном случае. Поверхности всех кариозных поражений после инфильтрации стали блестящими и гладкими при зондировании.

Среднее значение показателей «Diagnodent»

для кариозных очагов исходно составило 15,88±0,75. После инфильтрации наблюдалось достоверное (p<0,001) уменьшение значений лазерной флуоресценции до 3,53±0,17. Следует отметить, что исходные показатели «Diagnodent» для полностью исчезнувших очагов деминерализации (15,47±0,73) были ниже таковых для уменьшившихся в размере кариозных пятен (18,00±2,94). Показатели лазерной флуоресценции после инфильтрации кариозных очагов при их полном и частичном исчезновении достоверно (p<0,05) отличались и составили 3,39±0,19 и 4,29±0,39 соответственно.

Среднее значение показателя УИК у обследованных пациентов оказалось равным 0,66±0,18. Отмечено, что полное исчезновение кариозных очагов при средней активности кариеса наблюдалось достоверно (p<0,01) чаще (93,3%), чем при высокой и очень высокой (75,0% и 81,3% соответственно).

Среднее значение ТЭР у подавляющего большинства обследованных пациентов составило 3,85±0,26 балла, что позволило оценить кариесрезистентность их эмали в целом как умеренную. При этом обнаружена зависимость между значениями ТЭР и изменением размеров инфильтрированных кариозных очагов. Так, у пациентов с высокой кариесрезистентностью эмали полное исчезновение очагов деминерализации отмечено в 100%, в то время как у пациентов с умеренной резистентностью эмали к воздействию кислот – в 85,0%.

Анализ контрольного осмотра пломб из СИЦ «Vitremer» через 1 год после лечения показал, что абсолютное большинство (99,8% случаев) всех поставленных пломб полностью сохранили анатомическую форму восстановленной области, близко прилегали к зубу вдоль периферической части, без трещин и сколов, с гладкой поверхностью, без изменения цвета по границе «зуб-пломба». В 2 случаях наблюдался дискомфорт продолжительностью 1-2 дня. Симптомы гиперестезии были купированы в результате использования фторосодержащих лаков.

Отдаленные результаты лечения кариеса зубов с применением ручных инструментов показали высокую эффективность данного метода. Со-